

【高齢障害者の居住支援の在り方に関する実態調査票】（郵送調査）

高齢障害者の居住支援の在り方について（自由記述回答）：抜粋

<障害者支援施設>（知的障害）

40歳代から急激に老化し、発作を起こすようになり、歩けなくなる。内臓機能が低下し体調をくずすなどの例が増加している。また、末期がんの状態であることが分かり、治療の方法が無く入院の必要は無いものの、長く施設で生活し、家庭への受入もできず他に受け入れてくれる施設も無く、どうしようもなく施設でターミナルケアをするようになったが、看護師の数が少なく医療面での支援が十分にできない。生活支援員には医療面での知識、技能に限界があるなど施設での支援で困る例も増えている。生活介護及び入所支援事業所を利用している障害者は、介護保険のサービスに相当するサービスが提供されているとして介護保険者の適用除外となっているが「相当のサービスが提供されている」とは言えないのではないかと。従来、障害者施設は若い障害者に対応する施設として整備されたもので、高齢者対応となっていない。職員配置についても生活支援員ばかりで医療面の支援体制に欠けている。障害者で障害者支援サービスを受けているから介護保険は使えないというのは不平等ではないか。障害者も健常の高齢者と同じサービスを受けることができるようにしたい。できれば高齢障害者対応の入所施設事業所を職員配置、施設整備基準を別に定めて認可するようにしてほしいと思う。

ハード面、医療面、様々なことで課題がでてくるように思う。（ハード面）浴室はバリアフリーでないため、危険が生じないようにしていく。浴室の介護用機器も将来は必要。高齢の方と多動行動の方との居住空間が同じ。混在しているため危険が予想される。（医療・健康面）施設には看護師が1名となっており、高齢者が増えくると対応が難しくなるのではないかと。また、夜間不在となるため、医療的ケアが手薄になることが予想される。更に看護師はグループホーム、ケアホームへの対応も兼ねているので負担が予想される。職員体制を考えていかなければならない。介護にあたって高齢者の嚥下機能の低下等が考えられると職員もそれなりのケアの研修等が必要になってくる。入院時等の契約する保護者の方がいない場合、どのようにしていけば良いのか。書類手続き等。食事の対応（刻み食、かゆ、ミキサー食等）の対応が可能か、その人に合った食事を提供する必要があるのではないかと。（ソフト面）高齢者の日課のプログラムが必要なのではないか。入所後から長期に渡り施設で居住するより、地域へ移行しながらその人の生き方を考えていく必要があるのではないかと。若い頃の経験が人生を大きく変えていくとも考えられる等々。当法人では各事業所の職員が集まり、今後の高齢化支援について検討中である。

若いうちは、障害者自立支援法のための支援サービスであったが、高齢障害者にとっては介護保険法も利用できる選択肢に含まれるようになったと捉えている。当事業所（知的障害の入所支援）では2～3年前から、旧身体の療護施設や介護保険事業所への見学を積極的に行い、現行サービスのあり方、介護技術の向上もさることながら、本人や保護者に本人にとってより相応しいサービスが受けられるよう、きちんとした提示ができることを目指してきた。計画相談の流れも踏まえて、その人の人生のサイクルにおいて有目的な適確なサービスが受けられることが最も大切だと考えている。しかし、主に一般の方が利用される介護保険サービスでは、障害特性を十分に配慮して利用するには困難な部分もあることは事実である。やはり職員体制等を十分に踏まえた上での専門事業所が必要であり、一般の（若い方を中心とした）障害者支援施設との2本立てが望ましいように思う。介護保険と自立支援法（総合福祉法）との融合型（全体をひとつにすることは反対）か、もしくは高齢者加算などをつけた上での主たる受入者を限定した形だろうか。

高齢・重度化が著しく進行し、歩行が困難な状態になったり、日中活動等の活動に参加できなくなったり、また、認知症と思われる症状が顕著になったりして介護認定を受け、老人保健施設や有料老人ホーム等に移籍した利用者は、結果的に、知的障害や精神障害特有の症状が受け入れられずに精神科入院を余儀なくされている例が多い。現行法制度の下では、居住の場確保については、障害福祉サービスか介護保険サービスかの二者択一であり、知的障害や精神障害を有した高齢者の受け入れ体制が整備されていないのが現状です。唯一、認知症対応型施設ならば受け入れ可能な場合もあるものの、知的障害者の認知症の診断は難しく、症状がかなり進行しないと診断が下されない為に、老人保健施設や有料老人ホーム等に移籍しても上述のように生活が安定しないのです。そこで、介護か障害福祉ではなく、双方のサービスを柔軟に相互利用できる法整備が必要だと考えます。例えば、障害者施設支援サービスを利用しながら、訪問看護サービスや訪問リハビリ等の介護保険サービスを利用できるようになれば、障害者施設でも高齢知的障害者の対応が可能になるのではないかと考えています。

当施設では高齢化が顕著であり、知的障害・視覚障害を含む身体障害を併せ持つ重複障害の方が多くいます。居住の面では、老朽化が進みリフォーム等が必然です。そして医療の面では年々必要性が増している。支援技術も介護的な技術が必要となっています。総括して居住支援の在り方については、多数の方を対象として支援施設よりも個別を対象とする様々なサービスができる体制が必要かと思えます。私たちの施設も枠にはまらないサービスの提供を考えていきたいと思えます。

高齢障害者の特養への移行を市町村に相談すると、市町村から「空きもなく、要介護度も低いため待機の状態が続く」と回答されることがほとんどで、介護保険によるサービス利用は難しいと判断せざるを得ない状況にある。又、職員も含めた人間関係を変更することに抵抗感もあることから、他のサービス（事業所）に移行することに消極的になっている。以上のことを踏まえ、高齢障害者に特化したGH整備を検討しているが、高齢者が安全に利用できる設備の整ったGHが少ないため整備に必要な資金を優先的に補助していただく事業の創出を望む。

高齢障害者で介護が必要となった場合は、特別養護老人ホームへ入所することが一番良いと思えます。しかしながら、知的障害者についての理解がないと受け入れることが難しいのが実状です。国は知的障害者の高齢者も他の高齢者同様に、入居できる体制を整備する必要があります。幸い理解ある特養に現在まで介護保険法施行前も含め、数名の利用者が特養に入所する事ができています。知的障害者の施設でも努力しなければならないことは利用者の老化を防ぐために、体力と健康を維持すること、また、特養に受け入れてもらうために問題となる行動をいかに少なくするかが重要であります。当法人では、介護保険法により65歳以上でない利用者対象とならなかったため、軽度老人ホーム「ケアハウス」を平成17年に開所しました。そして60歳になった軽度の利用者の特養までの中間施設として、特養に入所するためのステップとしています。そして当法人では近くの特養2ヶ所と提携し、ケアハウスの知的障害高齢者が数名、提携先特養に入所されています。

平成12年重度棟に20名の高齢者棟を新設するなど、先駆けて利用者の高齢化対策を進めてきましたが、高齢化はさらに進み現在の高齢者棟だけでは対応しきれなくなっている。重度棟は全般に築36年経過し老朽化が著しく全面改築しなければならない時期に入っていますが財政的に厳しく、大部屋解消・居室のバリアフリーと部分改修しかできない状態である。全面改築には巨額の費用を要するため、国・県の補助金等の規制緩和を望む。

当施設は昭和50年創設で、20歳後半の元気な知的障害者の入所施設としてスタートしました。現在では入所者の平均年齢が55歳を超え、高齢化、重要な問題となっております。課題①、居住施設が2階建てあり、生活空間に大小7箇所の階段がある。（転倒、転落のリスク）②早期退行等でフラットな空間でなければ生活が困難な方が増え、1階居室が不足している。③体調の急変。血圧、体温、血糖値、血中酸素濃度が短期で変化する。（自律神経不全）④脳萎縮による全機能低下。⑤特にダウン症の方は50歳を越えると認知症的な症状が多く見られる。⑥昼夜逆転、夜中の徘徊、夜中の奇声、激しいドアの開閉音、放尿、便ナすり、定員50名を越える入所施設では、利用者さんの安眠が困難な状況です。

現行の特別養護老人ホームでの受け入れ体制を強化することも一つの方法でしょうが、知的障害のノウハウとこれまで高齢障害者への支援の継続、利用者との関係性を大切に、GHの形態を高齡障害者用に強化した新たな居住の形を創設することがよいと思えます。ここでは「看取り」まで含まれることを考え、介護と医療の問題、ターミナルケアを行える職員の質の問題等いろいろな準備が必要と思えます。

高齢障害者の居住支援については、介護者、要介護者が共に高齢により、介護者が倒れたことで要介護者が亡くなるといった悲惨な状況も報告される中、「福祉」の基本ともいえるべき安心・安全が失われつつある。居住支援においても高齢の重度の知的障害者は本来介護保険でのサービスを受けるところを、その障害特性ゆえにサービスを提供する側が知的障害者の支援に関するノウハウを持っていないとの事由で断わる事例もあり、仕方なく自立支援法に基づくサービスの提供を受けているとの話も聞く。重度訪問看護が知的分野でも使えるようになったのは、大いに意義のあることであるが、全ての障害を持った方が地域で生活するために必要な支援をいかなる事由にも関わらず利用者へのニーズに基づき、ある程度の自由度を持って使えるようになることが必要だと思う。現在当施設で生活している方の平均年齢は来年には60歳となり、大多数の高齢者と少数の若い重度の障害者が混在する住環境で行動範囲、時間の流れ等多くの場面で違ってきており、支援の難しさを痛感している。高齢の利用者の方からは、「ゆっくり過ごしたい」との声も聞かれその方にあった生活の場（多くは老人ホームを希望）を探すことも行っている。十分な社会資源が整備され「どこで誰とどのようにして暮らすの

か」を利用者が自由に選択することができる社会が実現することを心から期待する。

当園は開所から30年近く経っており、利用者さんの高齢化が進行している。顕著に症状が出ている方とそうでない方とがいるが、過半数以上の方が40歳以上なので、今後さらに高齢化が進み対応に検討が必要な場合が増えてくると思われる。当園では高齢化で問題となるのは、前までは出来ていた事がだんだん出来なくなってくる。怪我や病気で通院が増える。運動量の多い行事（運動会・納涼会）等は多勢の利用者さんを考慮し規模を縮小もしくは廃止され、若い利用者さんに合う行事等はだんだんと少なくなってきている。高齢障害者の居住支援については、高齢障害が進み本人や後見人等より施設移行の希望があった場合や、当園では行う事の出来ない医療行為が必要とされ、専門施設への移行が望ましいと判断できる場合は施設移行をお勧めし、それ以外については慣れ親しんだ障害者支援施設で生活して頂くことが望ましいと考える。

障害があってもなくても、在宅で支援を受けながら生活できることが、本人が望む生活なのではないだろうか。在宅支援の限界はあるにせよ、地域の資源を活用しながらチームで支えあえる組織ができれば、そこに高齢障害者の居場所もできてくると思われる。

家族とともに暮らすことが一番だと思うが、生活全般に支援が必要な知的障害の方はヘルパーなどの一部の介助では難しい。家族の全員に受け入れられる事も難しい。GH・CHがどんどん進化し、自由に暮らせるけど必要な支援はすぐ受けられるような居住空間ができれば理想である。

①高齢化や老化に対応できる専門職の配置や巡回があるとよい。②相談支援専門員との連携が必要。③施設の居住スペースの住み分けが必要（小人数）。④日中活動の工夫（高齢事業所のサービス提供を参考にして）。⑤高齢化や老化についての学びの場があるとよい。⑥居住支援に往診や訪問看護が利用できるようになる必要がある。また、医療の地域連携が利用できることが必要である。地域福祉の安心・安定をはかるには、24時間360日対応できる安心コールセンターの機能がほしい。

支援について、就寝時は同性でも良いが、日中は男女混合の方が自然で意欲が出る。支援員も男女混合の方が利用者は元気が保てる様です。日中活動について、作業は短時間でも行うとメリハリがあって利用さんは喜ばれる。現実の社会につながりがあってやりがいがある。ひいては老化防止、体力の低下が防げる。高齢と共に重度化も進み、医療的ケアも出てきます。その為にも医療的ケアのできる看護師さんの支援員も吸引等の研修を受け、資格がとれると良い。

高齢障害者の居住支援の在り方については、多くの課題があると思います。障害者支援施設の場合、高齢になり医療的ケアが必要になれば対応困難になるのは必至であり、終の棲家としての機能を果たせるような設備や人員基準はもともありません。GH・CHも高齢者が安心して暮らせるような十分な支援ができるのかと言ったら疑問です。安易に「地域移行」をすすめる事は非常に危険であると考えます。最後まで責任を持った居住の場を提供できるのか。又、高齢知的障害者の場合は、血縁関係者とのつながりが薄い状態で、どのような最期を迎えるのかを思うと、居住の場がどうあるべきかを根本的に議論していく必要があるのではないのでしょうか。

施設で生活している高齢障害者の個々の障害レベルや生活様式に合わせて、快適に住みやすくするための工夫や改修が必要と考える。当園では現在、建物のバリアフリー化や個室化なども限られており、プライバシーを尊重した居住空間が思うように確保されていないのが現状である。又、施設利用者の年齢層も幅広く様々な障害特性を持つ々が集団生活している環境では、安心・安全を考えると危険を伴うリスクも高く、日課の内容やグループ編成を細分化（高齢者のみのグループ編成、若年者と混合編成する等）するには、職員配置や建物のスペースの確保、専門性の育成など課題も多い。

知的障害を伴う自閉症の方が入所されています。現在の所、住み慣れた施設内での生活では問題を感じませんが、将来高齢となり、この施設から老人施設への移動となるようなことになれば自閉症の方の心理的、行動的特性から慣れ親しい環境（物理的、人的）では安定した生活を送ることができると思われますが、老人施設への移動となれば不穩、不安定な精神症状を起こすことが考えられるので、できるならば同一施設での処遇の継続が利用者にとって望まれると思います。

高齢障害者の居住支援を考慮すると、障害者支援施設が介護保険適用除外施設に位置づけられることが大きな弊害となる。例えば福祉用具貸与が使えず、全額自己負担となることは、居住支援どころか居住制限である。適用除外の垣根を払拭していただきたい。

特別養護老人ホームを経験し、この度障害者施設に異動して、まず障害者の高齢化問題に向けた施策が何も無い事に驚かされ、今後の運営に思案しているところだが、今回の調査がようやく始まった事に大変うれしく思っている。さて、現在の障害者施設の現状は自立支援法の整備がようやく一段落した状況の中で、地域移行者と重度生活支援者の体型が整ったのは良いが、さて80歳になる利用者を目の前にして『この人達の老後はどうなるのかな』とようやく気がついたのが現状ではないかと考える。老人施設は満床の状態、医療は医療型の廃止方向の状況にあり、介護保険は限りなく在宅支援の施策中心の中で、障害者が高齢者専門の支援を受ける事は現状ではかなり難しく、それぞれの施設で何らかの方法を考えて行くことが現実と思っっている。まず、今後考えられる事は、グループホーム等利用者の身体機能低下と医療的援助の問題が大きく取り上げられる。歩行が出来なくなった利用者の通信援助や終末を迎える利用者の支援は、現在の在宅支援を主体とする障害者ケアホームの体制（制度）と職員配置、及び民家を改修したのみでバリアフリー化していない中では無理がある。高齢者の介護については体制の整えた老人施設においてさえ大変な現状にある中、高齢障害者の介護について、その重大さにまだ気がついていないのではないかと思える状況にある。しかしながら、現状でなんとかする事を考えるならば、下記の事について希望する。①現在施設敷地内へのケアホーム建設は認可されない状況にあるが、施設内に建設する事が可能となれば、職員配置の少ない中でも夜間の見届け・医療的配慮・特別な食事提供など現状より利用者が安心して暮らせる体制が幾分可能となる。高齢障害者対応型ケアホームの建設に限っては、敷地内建設について認可していただきたい。②生活支援施設とケアホームが同敷地内にあり、高齢者介護を行う場合は、看護師の配置を増やす施策が望ましい。

障害者支援施設でも利用者が高齢化が顕著になっている。高齢だから特養移行も考えられるが、現状では知的障害者の入所はまず難しい。障害の特性もあり独自の支援が必要である。医療ケースや認知症など専門職対応も多い為、介護保険の認知症ケアホームと同等の支援体制が望ましい。まだ、在宅高齢者も短期入所やヘルパー支援が受けられるようなサービス拠点が整備される事で在宅生活も続けられると考える。

障害者支援施設の中でも、特に知的障害を主たる対象としてきた施設では、高齢化に対応出来る設備が整っていないが多い。また、医療ケアが十分に行えるだけの配置基準もない中で、増大する医療的な支援ニーズに対応しきれない現実がある。一方で、介護保険制度との連携も縦割り行政の問題もあり、スムーズにとれない。（移行だけではなく、利用も出来ない）上記の様な問題も解決していける様な制度の充実を強く望みます。

高齢期の利用者が増えてきているなかで、その方々の居住支援をどうするかを本気で考えなければならない時期になったと思う。まず高齢期になると要介護状態になる方が増える。しかし、その「要介護」という括りで一般の要介護高齢者と同じ支援で足りるとは思えない。ときどき知的障害者が要介護状態になったら特別養護老人ホームなど老人介護の領域に移せばいい、という意見を聞くのですが、私は賛成できません。知的障害の特性をしっかりと理解している支援者は高齢者介護の領域にそれほど多くないからである。高齢知的障害者の支援はできるなら最後まで知的障害者福祉の領域が責任を持つべきだと考える。施設から地域へのシフトが進んでいるが、高齢知的障害者には施設が必要なケースが少なくないと思う。在宅や地域生活の場では現在の制度ではどんなに頑張っても線をつなぐ支援にしかならないのではないのだろうか？高齢期の方々には面の支援、基本的に24時間、365日をカバーする支援体制が必要と思う。また高齢期の知的障害者は自然な老化現象に加えて、動脈硬化、糖尿病、虚血性心疾患、消化器系の病気、脳血管、脳神経性疾患が多く、病的な老化が顕著に見られる。自然な老化と病的な老化がスパイラルしながら加速度的に老化現象が深まっていく感じがあるので、医療との連携が欠かせないと思う。これはどのような居住場所でも同じである。しかし、医療従事者の知的障害者理解は決して進んでいるとは思えない。啓蒙と連携が必要不可欠だと思います。知的障害者の支援者には基礎資格として介護福祉士を有している人が少ないように思う。多くの高齢知的障害者は介護を必要としている。しかし、その支援者には介護の専門的訓練を受けていない人が多いため、あえて言えば行き当たりばったりの介護が提供されている感がある。私見では一般の要介護高齢者よりも高齢の要介護知的障害者のほうがずっと支援の手がかかる。そうしたことも含めて、施設、事業所の職員配置基準を現実的なものに引き上げていく必要を感じる。高齢期の方々にはバリアフリーの環境を必要とする。しかし、知的障害者施設にしても、ケアホームなどにしても、高齢期に適切な環境を整えているとは言えないのではないだろうか？そうしたものを整えるための財源的な保障も必要かと思う。今回のこのアンケートをも一つの機軸と

して、今後高齢知的障害者支援のあり方が向上し、高齢期支援のスタンダードを形作っていく流れが生まれていくことを心から期待している。

国の制度（介護保険等）を利用し、高齢障害者が地域で暮らせるのが望ましい。施設に入所の必要が出てきた場合は、高齢障害者の対応ができる高齢者施設が生活圏内にあった方がよい。

高齢障害者が地域で生活する為には、住居のバリアフリー化を初め、緊急時（火災や自然災害時及び救急や困り事等）に連絡できるシステム作りが必要である。支援者に関しては、専門的な知識・技術、その為の研修も必要だと思う。又、一人での対応では、心身共に大変であるので、複数配置が必要だと思う。支援者の人数が少なければ、ただ地域で生活しているだけであって、施設で生活している人達と変わらないと思う。地域で生活する意義を考えた支援体制が必要であると思う。

【ソフト面】①介護技術の習得…生活全般にわたって、介護の場面が増えている。適切な介護技術を習得する必要あり。②日中活動プログラム…高齢に伴う心身の状況に則した日中活動プログラムを工夫し、人生の終盤にふさわしいプログラムが必要。又、身体的には現状を維持していくためのPT・OTによる“リ”ハビリテーションは必要。③家族と共に過ごす時や場所の工夫が必要…人生を振り返る時期でもあり、写真等を使い、家族と共に過ごしていただくなどのプログラムや働きかけ。④本格的な介護や終末に対する備え…家族と相談しながら介護施設、医療の伴う施設、病院などと連携を取っておく。なお、出身市町村で家族が訪れやすい所がふさわしい。【ハード面】①高齢知的障害者と若年層の生活空間の適切な分離…高齢者の身体的な障害が顕著になる中で、同じ空間で若年層の利用者が走り回ることもあり、危険な場面が見られる。時間（日課）と空間を工夫して分離する必要あり。②介護しやすい設備等の整備…入浴支援、排泄支援において、介護しやすい設備等の整備、又、居室は畳室をフローリングにするなど、車椅子への対応の必要あり。

保護者が高齢となり介護状態になり地域、自宅での暮らしが無理になった時、集団生活の経験が少ない利用者が他人と生活してゆく事に支援の困難さが見られる。ケアホームで問題行動を起こした場合、ひとりの世話人の負担は大きい。知的障害者は問題行動の特性から受け入れ病院をさがすことに苦勞している。身体能力が下がり介護負担が増えても特殊入浴槽がなく、受け入れてくれる施設もみつからない。ケアホームから無断外出して交通事故のリスクが増えている。年金だけの収入で地域生活をおくることはむずかしく、医療サービス私物購入のお金がなくなってしまうケースがあった。小集団のケアホームは理想であるがコスト面、安全面から10名くらいの集団まで広げてもらうと見守る職員の数も増える。決められた5人のホームだと世話人1名で閉鎖的になり、コストを下げればそれなりの職員しか雇えず、さらに利用者を追いつめることになりかねない。

障害者支援施設の多くで、「利用者の高齢化」が大きな課題です。日常的な通院支援は、施設での日中活動支援に大きな影響を与えている。通院に支援員が付き添う為、施設内で利用者支援に当たる支援員が不足して通常の日中支援（生活介護）が組み立てられなくなっている。障害者支援施設では、看護師の配置が日中配置しかなく、医療的支援が24時間必要なケースでは、支援が困難であり介護保険系施設を含めて障害者支援施設以外のサービスを利用する事になり、移行先が簡単に見つからないケースがある。障害者支援施設の最大の機能である「24時間対応」を最大限に活用して、高齢障害者にも対応出来る機能を持たせることが必要だと考えている。障害者支援施設で、利用者の高齢化に伴い「施設のバリアフリー化」等の整備が必要となるが、施設の改築等の経費は捻出出来ない。公的な助成等が不可欠です。CH利用者の高齢化等で、ホームヘルプ等介護保険を活用とよく言われるが、地域では高齢者対応の事業所ばかりで「高齢障害者」に対応出来る事業所もなく、また、ヘルパー等も高齢者対応に追われてヘルパー自体が障害高齢者まで手が回っていない。

現在高齢化で生活が困難になっている利用者はいないが、①今後、建物のバリアフリー化が必要となる。しかし、その為の経費をどうしていくかが課題。②専門的医療機関が近隣にない。内科クリニックがあるのみ。疾病への対応、緊急時への対応が困難。③入所から地域生活（CH）に多く出たが、CH利用者の高齢化への対応が今後問題となる。一般住宅では身体的老化への対応が困難となる。

私共の施設の利用者は平均年齢40歳前後ということで、高齢化は今後の大きな課題の1つである。できれば住み慣れた環境でケアをさせていただきたいが、医療的なケア、認知症といった難しい問題も出てくることを考えると、より専門性のある他事業所へ移られるのも仕方ないことだろうと考える。その時地域に受け入れてくれるところが見つかるのか不安な点である。

入所されている障害者が高齢化が急速に進み対応に困っている。既存の高齢者施設では障害者の受け入れは困難であり、障害者施設において高齢化に対応しているのが現状である。食事、入浴、日中活動と支援内容も異なり、転倒や突き飛ばしなど、高齢障害者と若い方を一緒に受けざるを得ない事業所のリスクも増大しており、早急な制度的対応を希望する。

当方は開所30年を迎える障害者支援施設です。かつて高齢対応で高齢者棟を設け、高齢者用のユニットを考えたことはあったが、今は必要なスタンスを取っている。なぜなら高齢者ばかり集めた形式では、静かに暮らせる保障はあっても“生きている”実感が乏しいからである。長年暮らした施設は多動の方が走り回り、自閉症の方の叫び声が絶えず聞こえたりしてストレスは増大。けて暮らしていくに良い住環境とは言えない。しかし、それが生活しているという実感だと思う。高齢者ばかり集めた暮らしは安定・安心でありリスク回避に繋がっても、返って老化を早める結果にも成りかねない。実際、過去10名ほどが医療的対応や重い認知症で特養に移行したケースがありましたが、いずれも2年間以内にお亡くなりになっている。早い方はわずか4か月であった。確かにかなり施設で頑張った末での決断でしたので寿命と捉えることもできますが、何とか起こして他の利用者さんに近い暮らしを提供しよう。何か刺激を与えて昔の感覚を呼び戻してみよう。と支援するのに対しそのままいい。介護はしっかりやらせていただく。という知的障害者の施設と高齢者施設の成り立ちの違いを感じざるを得ません。重い認知症で胃ろうも体力的にできないといわれたダウン症の1さん。施設を卒業しケアホームと作業所の生活を5年ほど続けたのち症状が現れ、ホームの支援体制では対応できないと改めて入所。しばらくは療育グループで過ごすも次第にその日課も困難になってきた。担当スタッフは通っていた作業所へ連れて行ったり好きな演歌を聞かせたり色々工夫していた。そして大好きだったドラゴンズ戦を見るためにナゴヤドームへ車イスで連れて行った。周囲のスタッフすらその時の状況から、意味あるのかな？と疑問視していましたが、何とホームランが出てドームが地鳴りのように沸き立った瞬間、1さんは立ちあがり万歳をして歓声をあげられた。また流動食だった彼は焼きそばを希望、そして食べたといわれる。あとから考えるとリスクはあったが実行してよかったと思う。これはたまたまの事例かもしれませんが先に述べた根拠と言えるエピソードである。話を戻し、高齢者の棟やユニットは混合にすべきだと考える。（高齢者中心で若い人たちもいる）また、片方で入所施設にもっと医療的ケアが充実してくれる施策を望む。今、死の尊厳が映画等でとりあげられていますが、健常者ではない方たちについては更に考えていかなければならない問題だと思う。親族に看取られる。長年暮らした施設で慣れ親しんだ利用者・スタッフに看取られる。慣れない施設で馴染みが少ない方たちに看取られる。いったい何を望んでいるのだろうか？言葉のない方でもその思いに寄り添いたいものである。最後に、このアンケートかなりハードであった。

当施設では年齢の幅も広く、利用者の障害の程度も様々ですが、一緒に生活をしている状況である。高齢者にとっても若い人のパワーやエネルギーは必要と同時に、ついて行けず困っている状況でもある。やはり高齢者は静かな環境で自分のペースで生活する事が必要だと思う。また、居室等については、バリアフリーは勿論、転倒しても怪我の少ない床（クッション性の物）を使用するなどし、常に清潔を保てるようにする事が大切だと思う。

私共の法人も含め障害者支援施設では医療的ケアが整っていないのが現実。医療的行為等対応しかねる部分があるのと、安全確保の為マンツーマンの対応が必要なケースが増えてきている。65歳以下、40歳代で機能低下していられる利用者も多く、介護認定を含め介護保険の制度を積極的に使えないところで障害者施設がどこまで高齢障害者に対応してあげたいのか苦慮しているところである。法人内に対応出来る資源が現在ない為、療養施設、特養といった施設移行を検討しているところです。法人内のグループホームについても同様の課題をもっている。他施設の参考意見をまたお聞かせ願えたらと思う。

長く施設で暮らしてきた方々にとっては「終の住家」として利用できる事が望ましいと思うが、障害者施設の機能を拡充しなければ対応できない。利用者の能力・機能が落ちてきた時に限界までその施設にいる事は、その後を考えるとやはり良くない。能力低下している所に急な環境の変化が精神的な低下をおこすと考えるからである。現状で考えると、かなり余力のあるうちから高齢対応の施設へ移動を考えるしかないと思う。知的や精神障害の高齢化による変化の見極めは難しい。加齢によるものか特性によるものかは見方が分かれる所である。

障害者支援施設はももとの作りとして、高齢者対応できるハードを有しておらず、又、介助のスキルも資格的に介護保険関連施設等と違い、所持資格の違いからもそれ程高くない。職員配置（又は収入としても良い）が満たされておらず、ハンディが多いのが実状。障害のある方への支援に必要なノウハウに介助スキルを合わせ持つソフト、ハードが必要。

単価、区分のみなおし。移動支援は通院に対応し難い。突発的の対応がむずかしい。高齢になると定期通院がふえる。ケアホーム、グループホームを利用していると待機リストの順位が低いがCH・GHでは医療対応がむずかしい。看護師常駐が好ましい→単価的に無理？高齢者及び重心のCH・GHなど創設すれば良いと思う。

認知症が出てきた障がい者に対して、現状としては職員も高齢者の専門知識がないため対応が難しい状況のため、研修や勉強会等を行ない、今後は対応していく予定である。ただ高齢者の施設で働いている方のお話を伺うと、高齢障がい者との対応は異なるとのことであったので、今後は連携を計って対応出来るよう地域の資源を活用して、より積極的な連携を計っていけるよう思っている。又、現状のケアホーム等も出来る限りバリアフリー化していき対応出来るようになっていきたい。

当園は、開設10年をむかえる入所居住施設である。入所時から10歳年令が加わり、女子利用者（46歳）が若年性痴呆に伴う脳萎縮発作を現出する状態に陥っており、同じく女性利用者（64歳）は緑内障による片眼視力喪失、糖尿病、高血圧などの成人病に罹患服薬、加療中であります。両名共近い将来寝たきりに近い状態になるのではないかと医師の診断がされている。一応施設内は手すり、エレベーターなどのバリア化は行なっているが、自力歩行が不可、嚥下困難などへのケアはむずかしく、保護者と共に次の生活の場の確保に努めている所です。今回の調査の目的にはかなわない部分があったが提出させていただきます。

住まいや住まい方の選択肢を増やす。中間居住施設と位置付けられるようなケアハウス、グループホームなども含めた選択ができれば、ゆるやかな居住環境の変化の中で必要に応じた支援を受けながら生活していける事になるのではないだろうか。本人さんの意向や思い、又、身体的現状を考慮に入れた理学療法士や作業療法士の意見や指導を取り入れた住宅環境の提供。

バリアフリー化（スロープ、段差解消（浴室・トイレ） 部屋の個室化 入浴設備（特殊浴槽設置） 車椅子でも移動出来る空間

生活が中心となる為、ケアホーム等においては特に土・日の過ごし方が大切に思う。日中（平日）は居住者に応じて生活介護や就労組織B型事業所で支援を受ける型が主だが、土・日はホームで過ごしたり外出したりする機会を提供するうえでヘルプ利用が中心となる。ただしまだ需要に対して供給が追いついておらず、職員の応援が必要な状況である。また高齢者ゆえの体調管理においても、病院（特に夜間や日・祝日）との連携が欠かせず、看護師不足もあって安心して地域で生活できる体制が整っていない不安がある。まだ施設の方が安心（保護者から見れば）と思える。

高齢障害者の方々への居住支援の在り方については、当事業所においても年々深刻な問題として受けとめ対応に取り組みつつある。この問題は近隣の他事業所においても同様であり、施設を運営する事業所全体の問題に発展してきていると感じるところでもある。当事業所をはじめ、ほとんどの事業所の機能として考えた時、介護面や医療面において、ハード面、ソフト面ともに施設機能としての範疇を超えたケースが出現した時、次の受け皿となる機能をしっかりと合わせ持った事業所の整備をお願いしたいところである。厚木市に厚木精華園という高齢の知的障害者専門の事業所があるが、医師も常勤しており、ハード面だけでなくソフト面も整備された事業所です。このような事業所を整備していくなど高齢障害者の支援体制の整備をお願いしたいところである

障害者支援施設という年齢構成の幅のある施設では、同じエリアでの高齢障害者支援は困難であると考え。理由としては、若く活発な障害者との接触事故によるけが等による廃用症候群が心配されること、また介護保険施設等のスタッフのような援助スキルが求められてきてこなかったため、ノウハウがないことである。児童福祉法が改正され、18歳以上の障害児入所者は自立支援法で対応することとされている。これを実現するとすれば、65歳以上の障害者も介護保険施設等が専用入所施設で対応することが望ましいと考える。

問題行動・医療的ケア・介護面が増えてくる。身体機能により行動範囲が狭まる事で安全が確保される事もありますが！この3点をサポートしてくれる地域の体制づくりを整えて頂きたい。

GH・CHなどの少人数でゆっくりと毎日過せることが良いと思う。生活に制限が無く自分の好きな目的を持つ方には、それをしていただくことが良いと思う。

障がい者（支援費制度）と一般の高齢者（介護保険制度）が一緒に暮らす居住支援が理想であるが、現実的にはコミュニケーション等で相容れない可能性があり、処遇のアプローチもそれぞれ異なっていると思われる。そのため、（自立型の）グループホームとしての機能は支援費制度と介護保険制度で別々にした方がよいと思われる。入所施設（特養入所）の場合は居住空間を同建物内でユニットごとに分けるという方法がよいのではないか。デイサービス等の日中活動もある程度分けて、普段は別のプログラムを稼働させ、交流の場を時々設けるのはどうか。また、現行制度では支援費制度より介護保険制度の方が優先するとされたということで、介護認定をとった障害者施設の利用者が通所施設を移行する事例があった。制度間の上手な活用方法ができるような周知や強化をお願いしたい。

<障害者支援施設>（身体障害）

当園では、全ての方が身障手帳をお持ちの方が入所されている。開所30年経過し、平均年齢も58.8才となり重度化と高齢化が進んできているところです。高齢者、特有の様子も目立ってきた。居住環境においては、ほとんどが多床室であったのですが、ユニットケアに近い環境で個室を増設する事となった。地域移行という現在の流れの中で、様々な障害をお持ちの方が51名で生活されている居住環境である。今回の個室増設で居住環境は現状より改善されるのではないかと考えているところである。ただ、居住環境を整えたばかりでは、より良い居住支援に結びつかないと思う。職員のスキルアップはもちろんの事であるが、職員配置の改善も必要と強く感じている。日中活動をもっと重視し、個々のニーズに合わせた支援の提供が居住支援の充実を図る事につながり、職員配置基準の見直しも大切であると思う。

高齢になればADL面での低下は誰にもおこりますが、障害のある方は特に早い（若い）年令から急激に老化が進むように感じています。当園でも加齢によりADLの低下、医療的ケアの必要性がとみに顕著に現われ、結果、地域生活を希望しながらも、やむなく施設入所を継続されている方が多くおられます。特に①居住環境の整備（バリアフリー住宅の整備）②医療的ケアの保障 ③外出や社会参加等の移動支援の充実 ④日常生活における専門的支援（介護・相談等）体制の充実を図ることが必要と思います。

当施設では利用者の高齢化に伴い燕下機能の低下が著しくなってきた。胃ろうであれば医師のいない当施設でも対応可能であるが、中心静脈栄養などになると対応が難しくなる。長年住み慣れた施設を離れることも考えていかなければならないことになり、当施設ではそのことが今の課題である。

身体障害者を対象にした施設において利用者の高齢化への対応としてすべての面においてバリアフリー化を図ることは当然であるが、高齢者にとっての生活の質を向上させることも求められてくる。また、生活習慣病の予防や認知症等に対する健康管理が特に重要であり、保健医療体制の在り方について嘱託医や協力医療機関についても配慮する必要がある。

どの障害にも対応できる居住の場、そして障がいのある方が様々な居住の場を選択できるよう、我々としても努力していきたいと考えている。ただし、最後の砦としての施設機能は絶対に残すべきだと考える。また、内部留保の高い法人は積極的に新たなサービス、居住の場を展開すべきだとも考える。

基本的には、地域で支援を受け生活することが大切だと思う。必要なサービスを選択出来、いつでも利用出来る体制作りが求められる。

障害者支援施設における障害者の高齢化という観点で考えた場合、年齢（高齢化）というよりは障害の特性に合わせた支援の方がより重要になってくるのではないかと感じる。すでに若い時から、身体介護・行動面・医療的ケアが必要な方が多く入所しているのが現状である。障害者支援施設の入所者が高齢になった場合の課題として、知的障害のある方が特別養護老人ホームに入所できるかという、障害の特性への対応が困難との理由により、現実的には高齢者サービスへの移行は難しいと言える。次に地域で自立生活を送るのが可能な方で、身体介護が必要となり車椅子での生活を送る障害のある方が、自宅で生活できるような設備や間取りの住宅は多いとは言えず、自宅で生活を送ることが困難となるケースが多いのが現状である。また経済状況としては障害年金で生活している方が多いが、特に単身生活者の場合、仮にバリアフリーの住宅がみつっても家賃の支払いなどの関係で入居が難しいという課題もある。一方で、地域で自立生活を送るのが困難な方については、ヘルパー等の福祉サービスの活用が必須である。ただし知的障害があり、問題行動がみられる場合、介護保険サービスのみでは対応できないような障害の特性を考慮したサービスや支援体制を整えなければならないと感じる。なお以上の点については、高齢化ということを問わず、地域で障害のある方が生活する上で生じてくる課題である。また高齢化しても地域での生活を継続できるようにするには、重度訪問介護のような、比較的長時間、常時介護を必要とする日常生活全般の支援が可能となるような支援体制を整備できると良いのではないだろうか。

高齢化、老化に伴い咀嚼・嚥下機能の低下が多くみられている。そのため生活の中で大きな楽しみの一つである食事を美味しく、安全に摂る事が難しい。生活意欲の減退が懸念される事を踏まえ個別ニーズの取り組みが重要と思われる。

日中活動での支援の充実を目指したい（高齢障害者向けのプログラム創設など）。介護予防の必要。

入所施設においては個室化（またはユニットケア）への対応が課題として挙げられる。また、障害者施設におけるターミナルケアをどう考えるか、その観点から健康・安全・生きがい・他者とのふれ合い等を考慮した居住支援が求められるのではないかと。

基本は生まれ育った地域で生活する事が本人にとっては望ましい事であると思うが、身体に障害を持った場合、バリアフリーの住宅や、医療面の対応が絶対的に必要である。現在の施設機能を在宅がうまくマッチする様な形が望ましいと思う。それには国からの経済面での保障から家族代替機能を持った後見制度等を含めた総合的支援が必要と思われる。

自治体の考え方にもよるのであるが、在宅で生活する介護保険対象者の障害者は、介護保険が優先され障害者サービスが利用できないことがある。障害特性に応じたサービスを利用できるよう、行政が利用者の状態をしっかり把握すべきであると共に、臨機応変な対応を行うべきではないだろうか。高齢に伴う疾病や症状が出ない限り、その障害特性に応じたサービスが受けられるようにする必要があると思う。入所施設が増えない中で、在宅生活が継続できるような支援を障害者に携わる者だけが考えるのではなく、社会全体で考えねば今後も増える障害高齢者には対応していくことはできないと危機感をもっている。

地域在宅で生活されておられる方は、高齢の両親・兄妹等に介護、見守りを受けて生活されておられる為、病気・事故等で介護等を受けられなくなった時の対処法が本人では理解できない部分が多い。当初は通所等のサービスを利用されておられる方は、サービス提供事業所等で本人の家庭環境等を把握し対応できるとは考えられるが、本人の体調等を踏えると、きちんと相談支援事業所の利用を含め助言しながら、今後の生活をサポートできる社会資源等の構築が必要と思われる。1人生活、身よりのない方の緊急時の対応等に苦慮しています。

高齢の家族が世話（介護）している高齢障害者について家族が思っていることの多くは、両親がいなくなった後、兄弟や親戚に迷惑をかけたくないと考えており、ほとんどの家族が施設入所を第一に考えている。居宅でずっと一緒に暮らしたいとお世話された方程、上記の思いが強いと思う。しかし、うまく施設入所できず父母が亡き後の残された子の世話をすることになった兄弟や親戚もやはり施設入所を希望し、居宅生活も施設での短期入所の長期利用などで本人の生活を支えている状況であると思う。本人のニーズや地域生活・共生社会という理想は居宅で世話をする人達の現実にも簡単に押しつぶされてしまう。本人はすぐとがまんを強いられる状況にあると思う。公的なサービスがあるけれども皆にまわらない分を公的なサービスに助力を求めない人や地域で補うシステムの確立は果たして可能なのだろうか？

現在65歳を超える利用者が6名いるが、重度の身体障害者であるため介護保険施設での利用が難しい。（設備面、トイレ、入浴等）介護保険優先の考え方では個別の身体状況に合ったサービス体系が用意されていないため、障害福祉サービスを利用するしかないが現状。

医療面、介護面すべてにおいて家族の負担が大きくなると思われるので、訪問系のサービスや短期入所など利用できれば負担の軽減につながると思う。また医療との連携は不可欠なので、本人の状態をよく理解している主治医や訪問看護がいること。何でも相談できる相談事業所が身近にある事も望ましいのではないだろうか。

GH利用者に対する家賃助成金の上限を拡大してほしい。高齢のため就労は無理なので、生活費等の援助をしてほしい。身体介護ヘルパーや外出支援ヘルパー等の充実が必須。

24時間でのヘルパー確保（在宅支援）のための財源確保。入所施設人員配置の見直しと財源確保。

当施設旧医療施設でもあり老人・高齢障害者共に、支援や制度が充足されたとしてやはり家族負担（役割）がとても重要であると思う。主に支援を担うのは家族であり、制度はそれをサポートするものであるという考え方…。居住といながらも支援するマンパワー不足が心配でならない。

居住支援をする中で、高齢障害者だからというものは無いと思われる。もちろん県営住宅等の申し込みの枠組みではあるかもしれないが、基本的にその人がどこかで暮らしていきたいかでそれぞれニーズは異なってくる。その結果として、環境が施設や集合住宅、一人暮らし等と様々である。しかし、孤独死等の問題がある現状、地域に一人で生活していくうえで、周囲の見守り等が必要である。福祉サービスを利用されている方は、定期的な健康状態等の把握は可能ですが、福祉サービスを利用されていない方もいる。市町村独自の配食サービスや緊急通報装置等の設置は、安否確認がとれ見守りのひとつとなっている。今はプライバシーや個人情報保護の観点から、地域の中で誰がどこに住んでいるのかわからないのが実情である。しかし、これが解消されることで高齢を迎えたとしても、地域で生活していくことを選択する方は増えていくと思う。隣近所の方や民生委員等が気にかけて声をかけてくれる状況を構築すること＝「地域づくり」がこれからの居住支援の大切なポイントであると考えます。

寮護施設では、精神障害者も入所受け入れ可能になってから、情緒不安定時の大きな声（長時間続く）に対する対応、他利用者からの苦情に四苦八苦しているのが現状である。精神科受診（服薬調整）・防音部屋の検討を行なっている。身体面の高齢化（特に摂食機能の低下、四肢拘縮）に伴い、認知症の進行、障害の重度化、合併症、成人病の併発（症状がはっきりせず進行して発見）等、医療的対応が増加している。予防的医療支援が必要である。現在の看護要員、医師体制、メディカルチーム要員では非常に難しい現状である。生活支援施設（中間施設）の在り方の見直し、体制整備が急務であると思われる。

重度の身体障害者は、加齢に伴い障害も重度化し、身体介護はもちろんのこと、医療的ケアの必要性が高まりその内容も複雑、多岐にわたっている。現状ではそのような医療的ケアを行なえる施設はごくごく限られており、また在宅で支援するのにも厳しい状況にある。医療的ケアが日常的に必要となった高齢障害者に対応できる制度、施設の拡充が必須と考える。

盲重複障害の方が長く生活をされていますが、高齢になるにつれて、行動できる範囲やスピードが減退しており、身体的な衰えが目立ってきた。PT、OT、ST等の専門職に指導を受けて生活上での取り組みを行っているが、介護が必要になった時の生活環境整備が必要と感じている。さらに、職員の介護技術の向上が求められる。また、医療ケアにも課題点がある。障害者制度と介護保険制度、また、措置制度（養護老人ホーム）等の連携がうまく行われてなく、本人が希望しても、高齢に伴っての障害者施設から介護保険施設への移動は簡単ではない。財政面の問題点もあると思うが、本人が希望する生活の過し方が出来るように要望したい。

住み慣れた地域で生活するために、高齢障害者の方の支援は様々な形で行われていると思いますが、居住形態としての、CH・GHが少ないと感じています。

現在、障害者支援施設（入所）を利用されている方の高齢化に伴い、通常の特養でも受け入れ可能なケースの方も多ですが、すでにご家族が他界されている方も多く（成年後見制度も未活用）、実質的には終末期を迎える方がほとんどです。長年施設で暮してきた方にとって、年をとり適応力が下がってから別の場所に移るのは大変なことと思います。が、10代～80歳代と時に市広い年齢層の利用者の支援を行うのも難しく、近い将来的に年齢別のユニットが必要になると思います。その際の問題として…①重度の障害者が医療的ケアが必要になっても入院の段で断られることも多いです。医療機関側の受け入れ強化が1番ですが、日常の中で必要な医療的ケアの制限をもう少し介護職に緩和してほしい。それにより受け入れ継続できる方もいます。②又、高齢障害者に対する報酬、加算等も検討してほしい。日常的な支援への配慮（食介、通院、入浴等全般の支援により細やかな配慮と人員が必要です）。③障害者自立支援法において介護保険の適用除外施設であることにより、特養等への移行が困難なケース有。もっとすみやかな対応ができるよう年齢を考慮した特例を設けてほしいです。

高齢の障害者で身寄りがなく、保証人がいないことを理由に賃貸住宅の入居を断られた方がいる。特に障害者の入居に対して抵抗がある様であった。本人は施設を退所し、在宅生活を希望していたが、実現でなかった。サービスの充実はもちろんですが、高齢の障害者であっても、本人が望む生活をするための住居を確保することも大事であると考えます。公営住宅などもっと充実させていただきたいです。

当施設では70歳から80歳以上の利用者が全体の2割を占めており、一人ひとりのペースに合わせた環境作りが求められるが、日課の流れで動かざるおえない状況である。また、障害の他に老いも加わり、医療面でのケアが必要とされる方も多く、高齢者向けの福祉サービスの利用を困難なケースもあるかと思われる。また、利用者自身も現年齢で新しい環境での生活に否定的な考えを持つ方も多い（施設内のアンケート結果より）為、現行の障害者支援施設の機能強化が今後必要になってくるかを感じる。

利用者の高齢化に伴い、認知症などの介護施設受入れが必要となってくると思われるが、現状は他施設への受入れが困難な状況となっているため、障害者支援施設においても専門性を重視した職種配置が必要ではないかと考える。また、高齢により視覚障害者が増えており、現在の職員（人員体制）による支援では、事故が起こる危険が多々あり、人員配置の見直しの必要性を感じている。

当施設に入所されている利用者も、年々年齢を重ねるにつれ「精神活動の低下、身体機能の低下」がみられる。中でも嚥下力低下に伴う経管栄養といった食形態の変化は、対応し得る職員に限られてくるので問題は深刻である。また、障害者支援施設の専門職でも認知症に関する知識が十分でない場合があり、職員のスキルアップ、求められる技術が広がっているように思う。

高齢者に限らずですが、地域や様々な年代の人と交流できる環境が必要だと思う。又、必要な医療が受けられるような体制づくりがあれば安心できるが、入院時の負担が大きくて困っている人もいるので、改善できれば良いと思う。

住みなれた環境をかえずに支援が続けられることが望ましいと思うので、障害者支援施設の人員配置体制等の機能強化が必要。在宅生活ができるだけ継続できるような支援体制（日中活動、移動支援、短期入所）等の強化も必要。専門職の知識や技能などのスキルアップ。

当園は、障害者支援施設ですが、長い間施設暮らしを続けている人にとっては、高度な医療ケアが必要でない限り住み慣れた施設で仲間と一緒に生活を送っていくことが理想ではないかと思えます。地域移行については、居住環境の整備はもちろんですが、相談員を中心として、ご本人が出来ること、ご家族が出来ること、医療・福祉各関係機関の役割について確認をおこない、サポートしていくことが重要であると考えます。

障害系の入所施設と高齢系の入所施設の線引きをしっかりとしてもらいたい。（年齢にて）65歳以上になったら特養や新規入所施設を創設する等道筋をつけてほしい。

当事業所のご利用者は脳性マヒの方を中心とした重症心身障がい者が多数を占めている。平均年齢は42歳と若いですが、すでに加齢による二次障害が開始しており、咀嚼・嚥下機能低下への対応や、健康管理の難しさが今後の大きな課題となっている。「介護職員等への吸引等の研修」は始まったが、本来なら看護師等の医療従事者の数を増やせるよう、加算や配置基準の見直しをするべきだと感じている。また、障害者支援施設は介護保険の適用除外施設となっているので、当事業所には65歳以上の方も継続入所されている。施設としては、重症心身障がいに対応した設備とスタッフですので、介護面での問題はありません。そこは利用者にとって安心につながっていると思う。

当施設は障害者支援施設につき、入所時の対象年齢が18～65歳までで、入後は65歳を超えても入所可能なので施設全体として高齢化している。同市町村から入所している方は40%程で、残りは同じ府内の各市町村、中には他府県の方もおられる。例えば、65歳過ぎた方が地元（出身市町村）へ帰り、地元の施設へ入所しようとなると年齢的に介護保険の対象となり、介護保険の認定を受ける必要があり、違う制度を利用しようとすると様々な障壁がある。もっとスムーズな移行が出来ないものかと思う。高齢障害者が地域で一人暮らしするのはリスクが多く、移行となると介護保険しかない。

市町村のワーカーがどんどん支援センターや、施設に仕事を振り、自分達は障害者の保護者に窓口で名簿を渡して、自分で行ってくれている。無責任時代になっているが、認定も判定委員会に聞きとり、紹介もプランも支援センターに国保連の請求も、障害者事業所の中から親分を見つけて上げて上限管理にトラブルは、契約でしょとにげる。役所は指示のみで解決するのは自分達ですら行政は無用、の部所を廃止したらどうなのか？福祉の窓口がさっぱりあてにならない。養護学校の先生もあんなに必要なの？卒業までに何が良くなったの？必要ないよ。私も障害者ですが、毎日働いて施設を運営しています。障害者を支える事業所をもっと大事にして欲しい。在宅では必ず限界が来る。

当法人は昭和28年に発足以来、一貫して視力障害者の福祉に取り組んできた。昭和51年に入所更生施設として創設されました。当施設は、盲重複障害者の保護救済をし、社会復帰のためのトレーニングを専門的に行ってきた施設です。しかし、視力障害というハンディーは、知的障害を併せ持つと、その障害は1+1=2ではなく、3にも4にもなること、併せて盲重複障害者の存在をあまりにも理解していただけないのが現状です。晴眼の知的障害者と同時に協会においても盲重複障害者の存在、施策を積極的に取り上げていただきたい。高齢化問題については、リスクマネジメントを強化し、嘱託医また協力医療機関と連携を図る中、盲重複障害者の施設入所の処遇に対応している。当施設においても高齢化は大きな問題となっています。①加齢に対する、特別養護老人ホームへの移行、200人待ちなら少ない方で、400～500人待ちの特養の現状移行をしていくにはどうしたらよいのか？②医療的措置の増加、福祉予算の削減の中、看護師、介護職員の算入③知的障害者の高齢者施設の併設のための助成④配置医師制度の廃止、「診療報酬の算定方法」医療的措置の方が多くなる中、このような現状を協会としてどのように考えているのか。

<生活介護事業所> (知的障害)

我が市の障害者施設（公立）の福祉サービス検討会の中で、居住部分で課題としてまとめた意見です。（高齢障害者に限ってはありませぬ）①ケアホーム・グループホームの現状 給付事業として明確化されたが、同時に福祉施設の色合いが濃く、今まであった小規模の生活ホームは支援法や消防法の改正から給付事業の対象とならないところが多く、又、新たにホームを作る場合設置基準からくるコスト面や現行の給付事業費の低さ・世話人の固定率の低さ等、今後大幅に増える事は望めない。重度障害者のケアホームに関しては、パニック・発作・徘徊・他害行為等マンツーマン対応者に対して夜間の職員（世話人）体制は複数必要で小規模体制では安全性や経営的に無理があり、入所施設レベルの体制でないとは不可能に近い。②本人・親の高齢化 日本の高齢者問題同様今までどおりの生活は今後おこなうことができなくなる家庭が増える時代に差し掛かっている。（公立A事業所：親の平均年齢73歳・最高齢93歳）③居住に対する意識 3年前に行った日中活動事業所の知的障害者本人及び家族の意識調査において・このまま自宅で過ごしたいもしくは一人暮らししたい（本人70%・親37%）・入所施設（本人8%・親20%）・GH・CH（本人19%・親40%）という結果から本人たちの7割が自宅で生活を望んでいる一方親の希望の6割が家庭外と障害があるがゆえの意識のギャップが反映されている。なお、入所施設希望は親が高齢になるほど希望が多くなっている結果も出ている。参考に都市近郊のB法人入所施設の待機者は106人というように、法の理想とは相反して入所施設の待機状況はどれも同じような状況である。①70%の方が自宅での生活を望んでいる事は声として避ける事はできない。市町村相談を通じて在宅生活サポートサービスの促進を促す為、訪問系サービス事業者との緊密な連携をとり、本人・家族に対して居宅生活の可能性の周知・理解を促し、希望者には個々の特性に応じたマネージメント・アフターケア等を行う。今まで知的の方にはなじみの薄かったサービスを行政が積極的に関わる事で関わる事で家族と障害福祉サービスを行っている介護保険事業所との連携を密にすることで、相当数の方はしばらくの間自宅での生活が可能と考えられる。ただこれも、1人暮らしが長期化すると体は健康であっても本人の精神的な問題（1人暮らしの不安）は課題ではある。②60%の親が自宅外（入所・GH・CH）を望んでいるが、前述したとおりどこ入所施設も多くの待機者を抱えている現状とともに、現段階では、現行法の考え方から入所施設がすぐに増える事は考えにくい。1に記した方以外（特にマンツーマン対応の重度障害者や問題行動のある方）に関しては小規模運営のケアホームでは安全面・運営面の難しさから、マンツーマンの方中心の中規模居住型施設（ケアホーム）を運営できる法人を行政が誘致、そして最終的には本人の希望とは違うもの高齢者入所施設になじまない方に関しては、専用の入所施設は必要悪ではある。

高齢だからといって施設での支援が決して良いとは思われない。まずGH・CHの充実が一番であると思われる。そこには、居宅介護や訪問看護等、在宅サービスの充実を図り、世話人についても正規職員が配置出来るような報酬単価にしていく必要もある。

①その方がどのような暮らしを望んでいらっしゃるのかを今からご本人中心にご家族とともに一緒に考えていきたい。②入所をベースにもっていないところからのスタートではあるが、通所事業所の役目として、上記の件について検討せざるをえない。③現状、ケアホーム（5ヶ所）はすべて2F建であり、ハード面からいっても階段がきつくなったらどうなってしまうのうかと考えてしまう。（日中事業でのプログラムのあり方を検討する時期にきている）④今から介護福祉やヘルパーの資格を重視し、基本的な知・技を習得するのは大切なことである。⑤ハード面については、市街地にある場合、敷地の確保に苦慮するであろう。消防法はきびしい命とあずかる責務上仕方ないが、坪数等の問題は大きな壁となっている。⑥その方の人間としての尊厳が尊重されるサービス提供がなされる環境、それは何か？⑦“効率のよさ”を求めると大規模化、住みなれた町での暮らしを求めるならば、在宅サービスの拡充と担い手、ケアマネジメントの重要性。

可能な限り住み慣れた家で生活が望ましく、居宅サービス等必要な支援を受けられる家庭環境が必要である。配偶者等の同居人がいる場合は適切なサービスにつなげられる様、その方々に一定の理解がなければならぬ。住環境としては当然バリアフリーである必要がある。家、施設ともに問題がある様であれば必要な住環境整備をしていく。また、障害の有無にかかわらずという観点で見ればユニバーサルデザインも必要であると考えられる。また介護保険と障害者自立支援法の両者に該当する高齢障害者であるが、介護保険が優先されるという現状は住み慣れた環境から引き離すことにもつながってくるので、その辺りは柔軟な対応が望まれる。

高齢障害者に特化したケアホームの整備が必要だと思われる。（制度、報酬的措置）

高齢者はどうしても母体の施設での生活を強いられている。できればケアホームで生活していけるような人的配置やサービスの充実が求められると思う。サービスを利用される方にもっと情報を提供する事が必要です。また、サービスはあってもお金がかり利用できない、しなやかにならないように経費面で補助等も必要になってくると思う。経費については国全体の社会保障制度の見直し等、政治的な部分が大きいので現場で声をあげていく必要があるだろう。自分が高齢になりどこで生活し、どんなサービスを受けたいのか、わかっていること（理解できていること）も大切。

年々高齢障害者が多くなっていく中で、個人差もありますが生活条件は変わっていく物だと思う。当施設もそうであるが高齢障害者に対応した支援内容・施設のバリアフリー化が必要になってくると思う。当施設は日中の作業活動を通じて生活支援を行っています。高齢者に限った事ではないが、全ての事を支援員が行うことは簡単だが、それでは利用者の為にならないと思っている。まず出来る事は自分で行う。出来ない事を支援する事で個人差はあるが、今と変わらない生活が送れると思う。又、高齢の障害者さんも多くなっており入所施設の利用も行っている。今後、色々な利用者さんが増えていく中で、様々なことに対応できる施設でありたい。

今後、ケアホーム利用者が高齢化に伴い身体介助が増えた場合、現状の世話人・生活支援員の人数では対応ができない。十分な配置ができるような単価に見直しが必要。自宅やケアホームで対応ができなくなった場合、特養の移動の案がでていますが、現状の特養は多数の待機者がおり入居が困難である。高齢福祉の専門とはいえ、知的障害者への対応は充分できるとは考えにくい。入所施設の必要性を感じる。

日中に支援を要する重度、重複障害、医療的ケアや行動障害など様々なニーズのある方が、主にグループホーム等で過ごすことが増えていくとも考えられる。障がいがある方が親無き後、どのような支援を受けながら地域で暮らしていくかが課題だと思う。コミュニケーション援助が必要な知的障がい者と、認知症高齢者や身体介護を要する高齢者のケアは基本的に異なると思う。同じ施設利用は難しいと考える。

障害を持つ人が“あたりまえの暮らし”をできるような地域ぐるみで連携のとれたサービスがもっと必要。そしてサービスにおいて本当の意味で本人が選択できるよう支援量から判断されるサービス支給とそれを受けとめられるサービス提供量がある地域。社会資源の確保。また、それらを支える現場の支援者が安心して支援にあたるだけの処遇の向上と全国的なその必要性の周知が大切。そうすることで障害を持つ、持たないではなく人が安心してくらせる地域となしてほしいと思う。よく障害者が生きづらい所はすべての人が生きづらいという事を耳にする。すべての人が“あたりまえ”にすごせる。そして余暇も含めて『健康で文化的な』生活が送れるシステムのあり方を心より望む。地域によって使えるサービスがちがう現状も打破できればと思う。

現在、当施設に1名の障害からくる早老症での早期退行・認知力の低下が見られる利用者がおられる。諸事情で、夜間の生活の場を介護保険外の住宅型有料老人ホームにされている。その中で、老人ホーム利用に関してはまず障害の方の制度が適用されることと、利用時間が少なく週末は短期入所を利用せざるを得ない状況であり、本人の状態と制度の間で適正な支援が受けられないと感じている。また、利用者本人の高齢化問題だけでなく、当然ながら保護者も高齢になられているので、在宅では支援できないという問題も現実化してきており、保護者からは親子で利用できる高齢者施設という声も多々上がっている。今後、生活の場の問題やその他、日中活動プログラムの工夫・後見人等様々な問題・課題への対応が急務であると感じている。

入居後の見守りや定期的な安否確認を徹底する。緊急時の対応の仕方。相談、情報を随時提供する。日常生活の援助（家事、外出、受診など）など。

知的障害を持つ人が高齢になったときの居住サービスとしては、介護保険サービスと障害福祉サービスの双方が担うものがあると思われるが、現状どちらも安全で安心できる生活を営む環境になっていないと思われる。具体的には特養等での障害理解等の専門性、障害福祉分野ではバリアフリーや日課メニューでの対応が必要と思われる。また、制度の間で窮屈に縛られることなく、一人一人にあったサービスが受けられることが望まれる。

65歳を超えた人で、医療的ケアなど必要な人に次の居住の場を探すことは必要だと思うが、現状のホームで安定した生活をされている人にとっては一律に介護保険サービスを適用することに疑問を感じる。これまで自立支援サービスを受けていたのに、受けられるサービスの幅が狭くなり、サービス低下が見られ、行き場を失うケースもあると思う。個人が選択できるようなシステムがあればいいと思う。

GH・CHは原則ホームヘルプの利用ができず、例えば高齢化がすすんで日中活動へ行けない方への日中フォローを訪問系サービスで補う制度が必要と思われる。その他医療系の介助が必要になってきた時に、日中をグループホームで過ごすことにもなってくるであろう。そのような状況の時に日中系サービス利用ではなく、訪問系サービスを利用しながら地域で生活することを継続できるようにしていただきたい。特に過疎地域はサービス事業所が少なく、同一法人で全てをまかなうことも困難な場合もある。

本来なら本人の住み親しんだホームで介護保険サービスを組み合わせながら、地域生活を継続していくのが本筋だと思うが、ホームの場合、支援者も高齢の場合が多く、介護の経験者も少ない現状にある。マンパワーの面からは介護保険施設に障害者支援対応できる条件を整え、そこに移る方が良い。しかしながら、障害者ケアホームの人的環境を整える事業により（そういった事業も創設されていないが）、若い専門的な人材を育成して行くことが可能ならば障害者本人の選択技も広がるだろう。

今後、GHの高齢化は増加するものと考えられる。現ホームの改築、バリアフリー化、あるいは新設ホームへの移動など、介護対策・防災対策が必要となるが、現状では自力での建設が困難であり将来が不安である。

調査に該当するような症状の方は、安全性の確保から、看護師などの配置、職員の配置が必要であり、法主短歌を含め現在の環境では、通所の生活介護では難しいのが現状である。通所施設においては、利用している障害者の高齢化だけでなく、家族の高齢化が深刻であり、介護保険と障害福祉サービスの調整、相談支援の必要性を強く感じる。グループホームで生活する高齢の利用者は、グループホーム職員との連携、情報共有が課題となっている。グループホームスタッフの専門性も必要。高齢化によるものなのか、障害特有の退行現象なのか判断がつかないが、長期に利用している方を見ると、50代になれば支援の度合いが増えていくように感じ、介護予防の面からも、支援の継続性が重要であると感じる。年齢が若くても、生活習慣病に対する支援が必要な利用者はいらる。医療機関との連携は、欠かせないが、主治医がない場合が多く、重度の障害者は発見が遅くなる傾向がある。地域にかかりつけの医者を確保することが重要である。当区では、地域自立支援協議会では高齢障害者の支援が話題となり、検討課題としてあがっている。特にグループホームでの支援は課題として上げられた。今後も地域の中では地域自立支援協議会、相談支援事業を中心に議論を進めていく必要があるのではないかと。

高齢障害者支援に関する知識（支援方法）もないのが現状。65歳を迎えると介護保険のサービスを…となるが、介護認定次第でもあり障害福祉サービスの際に使用していた居宅介護等のサービス受給量が減る場合が出てくる。現行のサービス支給量をなんとか維持できないと、生活が成り立たないケースもあると思う。（制度の切替はわかるが、本人に必要なサービスの内容や量には相違ないのだから…）知的障害のある高齢な方の通所先が介護保険の施設でなかなか見受けられない。（受け入れ先がない）高齢障害者向けの通所等サービスの整備は急務である。高齢障害者が本人とすれば、支える家族も高齢であり、兄弟姉妹となるケースが想像できる。本人ニーズを中心にすえたサービスの組み立てを行うためには、相談支援の必要性も高いと考えられる。

誰でも高齢化による心身の衰えに直面したときに、それを受容していくのは大変なことである。まして、自己認知や変化への適応を苦手とする知的障害者にとっては、さらに困難や苦痛を伴うものと思います。生活上でできなくなったことを補う物理的な介助も当然必要ですが、それと同時に自分の心身の変化への認知を手助けするような心理的ケアも大事ではないかと思えます。また、知的障害の人の中には、集団での生活や環境の変化への対処が難しい人も多くいます。支援施設や特養という選択肢だけでなく、「その人らしい」生活ができるような社会資源の構築に対して、国や自治体には支援してほしいと思う。

利用者の方の心の安定を思うと、健康であれば利用者親子が共に支援を受けられるような居住サービスが望ましいと思われず。

本人のみならず、両親の高齢化により、自宅での生活が立ちゆかないケースが増えています。土地柄もあるのだろうが、自宅にヘルパーを入れることに拒否感をもたれる方も多く、どうにもならなくなって初めてヘルプの要請があり、対応に苦慮する。日中の生活介護を行っている、居宅介護もサービスとして通所事業所は行っていかなければならないと感じる。

<生活介護事業所>（精神障害）

介護施設は建っているものの、入居するのに高額で入居できない方もいるのではと思う。養護老人ホームはいつまでも空き待ちの状態であり、不安を抱えながら一人暮らしをする高齢の方は多いのではないだろうか。安価で、入居しやすく、24時間安心して過ごせる施設がもっと多く設立されることを望む。

<グループホーム・ケアホーム> (知的障害)

高齢障害者が日中活動として利用する通所の活動事業所がなく、体力的に困難であるのに就労B型の施設を利用している。のんびり過ごせる活動の場が必要である。

当法人のケアホームやグループホーム利用者の平均年齢は 50歳を超え、60歳を超えて利用者も全体の20%近く(36名中7名)になり、着実に高齢化が進行しています。高齢になっても、住み慣れた環境で安心した生活を継続していただく為に、健康管理に配慮した対応を心がけています。年2回の一般健康診断(オプションで前立腺癌・乳癌・子宮癌・大腸癌検査・骨密度検査実施)や各種予防接種(肺炎球菌ワクチンも含む)を実施している。また、毎日のバイタルチェックや排便コントロール等して留意し、本人の体調不良時には看護師との連携を密にし、早期の対応を心がけている。また、日常生活全般において、意欲の低下や生活レベルの低下等が顕著に現われるようになってきた利用者に対しては、まず相手の気持ちを受容し、時間をとって話を聴くよう対応しています。その為月1回のスタッフ会議のみならず、利用者の状況に応じてその都度対応できるよう、世話人、スタッフと常に連携を密に取り合っている。

現行の制度において、基本日中支援と居住支援が分けられている。当事業所を利用している方は全員、高齢者介護事業所も含めていずれの日中事業所をおいているが、体調等の不調等で必ずしも毎日事業所に通える状況にない場合がある。生活支援員の配置がなされているものの中での支援(介助見守り等)を想定しているものではないので、職員配置が出来ない。医療対応にまでいかない方で体調不良・病気等で介助見守りのスタッフが常に必要とされる場合であってもホームで静養対応が出来ない状況がある。日中支援がホーム在宅で出来る制度(人的配置が可能になるよう)の構築が求められる。障害者施設において必要とされるサービス資源が不足しているところにおいて、更に地方にあってはサービスの選択肢がより少なく、その状況が顕著にみられている。相対的に利用人数の少なさはあるものの必要とするサービス内容においては都市部であろうが地方であろうが大差はない。居住支援の充足がうたわれているものの、現状各地域支援センター事業所がどれほどのサービスの提供が行われていて、利用者のニーズに応えられる程の充足率を満たしているのだろうか? サービス資源の不足、ヘルパー不足、ホームヘルプが使えない制度のあり方等の課題は山積している。私どもの支援センターでは、ヘルパーの確保(人材と専門性)がままならないこともあり、ニーズに応えられていない状況がある。老人介護サービスが広く展開されている地域も多くあり、老人福祉、障害者福祉の制度を必要に応じて横断的にサービスが利用できるシステムが求められる。地域移行、GH制度の拡充が声高々に掲げられているもの、地域で支えるための資源・サービスがほとんど追いついていない現状がある。施設が高齢化しているのと同様にグループホームの利用者も高齢化に向かってきている。老人福祉との棲み分けが益々難しくなっている状況もあるが、障害者施策においてこうした高齢者をグループホーム等の在宅支援も含めて総合的に支えていける施策・制度が強く求められる。

利用者の方が高齢になっても現在暮らしているケアホーム、グループホームで生活出来るかどうか? そして、看取りが出来るのか? という課題が目の前に迫っています。私個人の思いとしては、「家で生まれて家で死ぬ」事が自然だと考える。縁あって家族ではないけれど、ここでの暮らしが人生の大半となっている方々、住み慣れた場所、なじみの人達の中で死を迎える。その為には、私達スタッフの力量があってこそ。しっかり日々の変化を見逃さない等々…。力を付けなければと感じている。

基本的には、認知症対応型のグループホーム等があるように、知的障がい者に対応できるより専門的な仕組みや制度が必要と考える。しかし、現状では自施設も含め、多くの知的障がい者のグループホームでは、自立支援を目的として設置されているため、高齢者に対応できる設備等は付いておらず、利用者が要支援、要介護状態になられた場合は、本人が望んでいても退所という形をとらなければなりません。これからは今の住まいの場に利用者本人が「ここに住みたい」と思い続ける以上は、それを提供できる環境(ハード面やサービス等の支援)を作ることが重要だと考える。

加齢に伴い、心身の変化や自発的対応力、身体能力、生活能力の低下等が顕在化してくるため、きめの細かい柔軟な支援制度、取組み、環境の整備がそれまで以上に必要になってきます。例えば、空き家の有効活用、バリアフリー化に対する経済的支援、地域住民との交流や協力関係作り、様々な余暇支援による閉じこもりの予防、日常生活や健康面でのサポート体制の充実、成年後見制度等による権利擁護等が今まで以上に機能し、実現しやすくなるということです。当然のことながら、行政のみでは自ずと限界がありますので、垣根を越えたネットワークを構築するとともに、その地域において過不足のない自動、共助、公助の体制を整えておくことが、その方が必要としている支援を受けながら、慣れ親しんだ地域でできるだけ自立して住み続けることを可能にしていくのではないかと思います。

利用者の高齢化に伴い介護申請をする方が増えてきている。65歳を過ぎてもお就労している方がほとんどで非該当にて継続利用となっている。今後介護度がつく方が増えると考えられる中、介護保険優先、介護給付の併給ができないこともあり老人施設への移行を考えなければならなくなる。果して支給量は足りるのか? 介護度と障害程度区分2つの区分ができるが、ケアが必要でケアホーム、グループホームを利用しているのに、介護度がついたとたん場合によっては、少ない支給量で老人施設を利用しなければならなくなるのは矛盾していると思われる。住み慣れたホームで、できる限り生活できるような制度の検討をお願いしたい。

高齢障害者の居住支援の在り方については、身体的・精神的な変化により必ずしも障害者支援施設での生活を続けることが望ましいとはいえない。しかし現実には家族の意向(最後まで施設で生活をさせてほしい)や制度上の問題及び、高齢障害者を受け入れるグループホーム・ケアホーム・療養型施設の不足によりスムーズな移行がなされていないのが現状である。今後、一般社会同様更に増加が予測される高齢障害者が安心して暮らせる生活の場の確保が重要な課題であると思われる。

高齢化、重度化が進む中で見守り、介助の必要な場面、時間が増えており、入居者生活を支えていく上で人員が足りず、また人員を確保する為の財源がなく難しい状況なのでCH・GHの夜間、日中等の支援を評価してもらいたいと考える。また、医療的な支援、重度化した人への介護が必ず必要となるのでCH・GHへのホームヘルパー派遣を充実させていく事が重要だと思う。入居者の高齢化はもちろん、介護者(親)の高齢化も進み、在宅での生活が年々難しくなっているケースが大変多くある。緊急的な受け入れも増えているので、利用日を拡大する為の人員の確保とSSの充実が必要だと思う。

高齢になっても住み慣れた地域及び家(グループホーム等)に住み続けられるようなサービス体系が必要だと感じる。また、介護保険サービス・自立支援法のサービスをそれぞれ使っていても、共同で暮らせれば利用する人にとっては同じスタッフ、同じ入居者と変わらずサービスが受け続けられるのではないかと考える。

高齢者は基礎疾患を持っている方が多く、通院がかかせない。敷地内に医師がいると安心である。体の動きがだんだんと思うようにいなくなる為、フラットな床が必要で、廊下や居室には手すりが必要だと思う。高齢者は昔のことを懐しく思われるので、昔の歌を聞いたり、歌ったり、昔のことを思い出すような支援が必要だと思う。穏やかに過ごせるように暖かな支援が必要。

現在の所はまだ一人で作業所に通い、外出もどうにか見守等の支援で出来ているが、今後ますます体力的低下が進み、作業所等に通えなくなった時、どうするのか検討中です。日中ずっとグループホームで過ごさなくてはならなくなった場合、介護保険を利用して、日中デイサービス、寝たきりになった時、身体介護等のヘルパー利用が出来るのか、早急な高齢者対策が必要となっている。

障害者の方の場合、環境の変化に非常に不安感を感じやすいため、高齢になり在宅及びケアホームでの生活が困難になっても、今までの生活パターンの変更を希望されない傾向がある。生活の場を変更せず、サービスの質を上げて対応して行く事が必要と感じる。また、高齢障害者の現在ある機能が低下しないような、機能訓練がより必要になると感じる。現在、ケアホームは賃貸のアpartを借受し運営しているため、バリアフリー化を図るには難しく、家主との折衝で、手すり、風呂場の踏み台設置等をし、工夫をしながら生活をしていただいている現状である。高齢障害者の方が安心して生活できるような環境の整備が柔軟に出来ればと感じる。

＜グループホーム・ケアホーム＞（精神障害）

グループホームのマンパワーでは身体介護や日常生活面全般にわたる支援を担いきれないのが現状です。従って、他の福祉サービスや介護保険のサービスの利用で補う必要がある。しかし、現行では、障害者自立支援法に基づく共同生活援助（グループホーム）と他の福祉サービスや介護保険のサービスを併用することは認められていません。対応策としては、併用が認められているケアホーム或いは精神障害者を受け入れてくれる高齢者施設に移ることが考えられますが、その数が少ないことから実際上の活用は困難。また、慣れ親しんだ住居で生活したいとの利用者の願いに応えることや、変化が苦手という障害特性に加え、高齢化してからの環境変化がもたらす悪影響も考慮すると、機械的な移行は望ましくないとされます。高齢化に伴う問題、もともと障害による問題を一人の利用者が併せ持っている状況に対応するためには、いわゆる縦割りではない制度改正や運用が必要と考える。現住居に住まいながらサービスを導入することが出来れば、個別のニーズに合った対応が可能になると考えられます。その際、相談支援事業所がサービス導入の判断機能と調整機能を持つことが必要になると思う。

人生のフィナーレをどこで、どのように迎えたいか、その人が自分自身の思いを表明できるうちに、聞いておきたいと思います。その人の望むようにできるかは様々な事情により難しいことが多々あると思いますが、その時々に応じて最善を尽くす他にないように思います。

現在、当グループホームにも高齢障害者が入居されているが、将来的にターミナルのことを考えると、御家族が協力的であれば問題ないが、そうでない場合、当方に対応しなければならぬので負担になると思われる。高齢になるに伴い、他科通院や入院が増えてくるが、それを支援しようと思えば負担になるし、他サービスを利用しようと思えば当事者の経済的負担にもなるので、地域生活の大変さを感じる。

医療機関のみならず、様々なサービス提供を利用できる事業所との連携が必要になってくると考えられます。また、マンパワーの充実も欠かせません。精神疾患を持つ方々には、知的・身体と比較して居住するための施設がまだまだ少ないように思います。自立支援を用いつつ、介護サービスを利用できる年齢になって、介護保険での施設に、といっても精神疾患があるというだけで敬遠されることもあります。

自立支援法と介護保険制度の併給利用が出来れば、利用者、職員等は大変助かる。制度でなくサービス内容で支援計画が立てれば、居住支援がたいへん枠が広がる。

高齢障害者の暮らしへの大きな影響として身体機能の低下、精神的影響により行動範囲が狭くなることやいりんなことへの適応能力が低下してきます。又高齢になるに従い環境変化を嫌う傾向が強まる。そのようなことを考え、住み慣れた場所（町）で自立し、できれば自主性を持って暮らす。住まいのバリアフリー化。生活支援事業・居宅サービス事業の利用。等の支援が必要と思う。精神障がい者の方については服薬の問題、多くの方は家族の支援が望めないことから支援のあり方も柔軟で多様性を持ったものが必要となる。

市営住宅入居にすすめた人で、保証人問題でダメになった人がいた。生活保護ケースは救護施設への選択肢もあるが、介護保健施設は入所難。養護老人ホームかケアホームが対象になるかと思うが、ストーマによりパウチ交換もあり、それらにはナースがおらず、受け取ってもらえない。GHで限界あり、困っている。

高齢であっても、障害があっても、住み慣れた環境である地域社会で生活を送りたいと思う気持ちは当然である。その為、高齢障害者が安心して暮らしていくためにも居住支援の充実した体制が求められる。居住支援の在り方について、以下の点が重要だと考えられる。①医療・介護・福祉が一体化・連携協力体制の強化②専門職のチームアプローチの活用③社会資源（特に通所・訪問施設）の活用ム導入④フォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルな社会資源を有効的に取り入れ、地域の協力体制を整える。

グループホームの施設のバリアフリーの改築する資金がなく、バリアフリー化が進んでいない。入居の方が65歳あたりから今後の方向性を相談している。出来るだけ住みなれた地域での生活を望むが、施設入所申請が入所までの時間がかかりすぎる（特老なら5～6年待ち）

当事業所（共同生活介護・生活介護）の利用者の平均年齢は60歳を超えました。地域（ケアホーム）で元気で過ごしている方もいますが、病氣死亡により退所となった方も2名いる。年々介助や支援が増えていく中で、支援者が一番苦慮しているのは、利用者の健康状態の把握と介護事故の防止です。特に夜間の体制は十分とは言えず、援助員（世話人）は少ない人数で不安を感じながら支援にあたっている。個別支援計画でも、利用者の意思確認はますます難しくなり、家族も高齢化し、ひとりひとりの利用者のケアや今後の支援について、いつ、どこで、誰が考え検討していくのか常に悩んでいる状態である。当然、事業所だけでは対応できないので、市や相談支援、地域包括等関係機関と連絡を取っているが、居宅介護または、介護保険サービス利用についても制度上の制約があり選択肢が限られています。双方間の情報交換もまだまだ不足している。高齢者の地域支援に関して、各分野との情報交換の場が一番必要だと感じている。

3ホームのうち、2ホームが公営の住宅（府営住宅）で、1階の住居に行くのにも5段程の段があり、移動に支障を伴う。又、浴室もバリアフリー化されておらず、外づけのヘルパーと世話人との二人体制で入浴支援を実施されている方が2名おられ、公営住宅での生活の限界を感じている。認知症と疑がわしき利用者もあり、世話人とのコミュニケーションが課題となってきている。

認知症の疑いのある利用者が2名おられ、コミュニケーションの支援や夜間対応（外へ出ていかないような見守りや睡眠障害）など世話人の負担が多くなっている。

GH利用者についてもホームヘルプサービス（入浴支援等）を利用可能となるような制度。

当事業所のGH・CH間でも高齢・加齢化が顕著に見られ、身体機能低下、情緒面・精神面での不安定さが見られ、対応に苦慮する場面が多々見られる様になってきている。当事者を支援するにあたり、事業所・他障害福祉サービス事業所・医療機関等が常時連携し支え合える取り組みが必要と考える。地域の状況により支援者不足等の人材難もあり、単独での運営は制度の内容からしても難しい場面もある。障害があっても地域で普通に暮らすあたり前の様なことが、高齢期にも必要とするサービスを利用し、安心して生活することができるその様な法整備をして頂ければと思う。

高齢化にともないヘルパーの利用を考えているのだが、介護保険との併用の事業所利用となる為、なかなか知的で利用し難い。介護保険を利用しての使用でも障害があるという事で懸念される事がある。現在4ホームのうち1ホームは新設である為完全バリアフリーであるが、他3ホームは賃貸である為バリアフリー化が出来ていない。手すりをつける等は自費でも出来るのだが、大規模な工事となると補助金等がなければなかなか出来ない。何とかバリアフリー化出来る様な補助金あればいいのだが…。今後高齢化、重度化は進んでいくが、みんなが地域での生活を望んでおり、高齢者が安心して地域で生活できる様にソフト面でもハード面でも整備してもらいたい。

当法人の運営するケアホームのバックアップ施設が障害者の高齢の方を対象にした入所施設ですので、年を重ねるごとに施設へ移ってほしいという保護者の気持ちとケアホームで生活を続けたいという利用者の思いの両方を感じている。まだ利用者の中で認知症等になっておられる方はおらず、基準の最低限の職員数で運営していますが、今後、高齢化が進むにつれ、豊かな生活を支援していくのは難しいとも思っている。ともあれ、利用者が望み、我々がサポートできる限りは未永くケアホームでの生活を送ってもらおうというのが我々職員の思いである。

よく取り上げられる問題が「65歳問題」である。日本国民すべからく65歳になると介護保険被保険者証が送られてくる。これ以降にCHで暮らしていた方が母体の入所施設への入所を希望しても「他法優先」の原則により介護保険サービス内の居住系サービスを探さなければならない。つまりそこに当事者の希望などは入り込む余地などないのだ。変に慣れ合いになるのは良くないが、それでも自分の事をずっと前から理解してくれている人たちの事業所は選択肢にすら上げられなくなる。その上、覚悟を決めて介護サービスを利用しようにも空いていなければ利用できない。八方ふさがりなわけである。良質な介護サービス系事業所を増やす事、65歳を超えても当事者の方が最後まで選ぶ事ができるシステム作りはどちらも急務である。しかし社会保障費は国家予算の中で削られていく一方…。予算編成の根本から考え方を変えていかないと対応は困難。一票を投じる我々がいよいよ覚悟を決めなければならない。

高齢になるにつれADLが低下し、行動範囲が狭まり、新しいことを覚えたり、今まで出来ていたことが出来なくなったりと日常生活適応能力が日々低下していく傾向にある。その為、居住支援としてバリアフリー化はもちろんのこと、高齢になっても住み続けることのできる街づくりを地域全体で取り組んでいく必要があると考える。例：馴染みのあるまちの風景の保持。スーパー等、日常生活に必要な社会資源の整備。また、障害者自立支援法から介護保険によるサービスへのスムーズな移行の方法・手段についても関連施設で検討していくことが求められると考える。

高齢だからと安易に介護保険上の施設に移動するべきでない。自立支援法上の GH・CHで個人を尊重した生活支援が行われている。継続し居住の場として在るべきと考える。

精神障害のある高齢者の居住支援については、早急に検討される必要があると考える。医療機関の努力により症状もよくなり、入院治療の必要がないにもかかわらず、退院後の支援者がいない等の理由で長期入院を余儀無くされておられる精神障害者の方々の中には、70～80歳の御高齢の方も大変多いという現状の中で、自立支援法のもとでは介護保険を優先するという規程があり、障害をもった高齢者への居住支援・共同生活介護・共同生活援助についての支給決定がされにくく、又、介護保険の施設についても、精神障害者への支援を不可とするところも多く、その利用にあたっては2年待ちであったり介護保険の施設自体、障害福祉サービスにおけるグループホーム・ケアホームに相当するものが見つけにくいといったところで現在これらの方々への地域移行が進まないのが実情である。又、精神障害者については加齢に伴う問題に加え、それにもまして精神障害についての特別な配慮、専門的な支援を行っていく必要があり、介護保険サービスのみではまかないきれない問題ではないと思う。現在、国よりの通知にて特別な事情のある場合には、介護保険の利用できる方であっても介護給付の支給行ってしまうという事にはなっているが、その運用にあたっては市町村の解釈によるところが大きく、結果、理解のすまない市町村においては、大変難渋しておるところである。高齢で、かつ、障害をもつ方々への支援は、選択の幅においても算においてもより一層、支援をうけやすい3本制をととのえていくべきが、現在、逆に狭められているとさえ思える今日この頃、あらためて、障害福祉サービスのうち、就労系サービスだけでなく、グループホーム等居住系サービスについても、必要と認められる場合においては、介護保険優先一辺倒ではなく適切に介護給付等を支給すべき、との方針を明示して頂きたいと、切に願うところである。

GHの場合、日常生活がある程度自立した方にご利用いただくが、当施設をご利用いただく方々も年々高齢化が進み、身の回りの事が大変な方もいる。特に精神障害の方は精神症状での介護評価が低く、介護保険での要介護認定で自立と評価されることが多く、ご本人に合った住いの場への移行が困難です。養護老人ホームも市町村の財源に左右されることがあり、利用ができなことがある。制度等の間にある方をどう支援していくかが課題になっている

現入居者に医療的ケア等が必要になった場合、対応できるのかどうか悩むところで検討課題となる。また、障害福祉サービス、介護保険におけるサービスなど、本人の状況に応じてサポート体制をはかっていくことが必要であると思う。

GHの職員配置は薄いのですが、求められることがあまりに多い状況です。福祉サービス版の“コンビニ”になれと言われていたのを感じることもある。地域に「居住の場としてのサービス提供」という位置付けは、もはや枠として捉えられていないのでは？と思うこともある。入居者…この調査のように障がいだけでなく、高齢化が目みえている。当然保証人も老いている。今後必要とされるサービスを受けられるようにする手続きが、はたして交わされるのか？と不安になる。地域移行…一方でGH→アパートへという取り組みも課されています。報酬…にもかかわらず、低いと私は思う。地域にGHがあればいいのに…という声は多いのですが、“施設”と同等のサービスを求めているように思えてなりません。この調査により、居住支援に必要なサービスが充足されることを願っております。